

Максимальное количество инъекций у одного пациента – 12 (1 человек), 10 (4 человека), 9 (5 человек), 8 (9 человек), 7 (13 человек), 63% пациентов получило 3 инъекции и меньше.

В большинстве случаев в фазу стабилизации удавалось добиться положительного анатомического и функционального результата (86%). Стартовая острота зрения определяла прогноз и удовлетворенность пациента проводимой терапией. При отсутствии функционального и морфологического результата после трех загрузочных инъекций дальнейшую терапию не проводили. В 67 % случаев пациенты сами прекращали лечение по разным причинам, среди которых доминировала высокая стоимость препаратов.

Выводы. На сегодняшний день регулярные интравитреальные инъекции анти-VEGF препаратов позволяют улучшать и сохранять длительное время остроту зрения на определенном уровне у пациентов с неоваскулярной формой ВМД. Несмотря на доказанную высокую эффективность режима Т□Е, в нашей клинической практике режим введения PRN является наиболее часто используемым, так как ориентирован на особенности течения заболевания конкретного пациента и позволяет в некоторых случаях уменьшить количество назначаемых инъекций. Однако прослеживается тенденция к нарушению пациентами сроков между введением препаратов или отказ от терапии после фазы стабилизации, т.е. после трех инъекций, что в большинстве случаев объясняется высокой стоимостью длительной антиангиогенной терапии и/или невозможностью посещать многочисленные промежуточные осмотры.

Литература:

1. Молекулярно-генетические аспекты возрастной макулярной дегенерации и глаукомы / М. Х. Эфендиева [и др.] // Вестн. офтальмологии. – 2019. – Т. 135, № 3. – С. 121–127.

УДК 616.718:616.14-007.64-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Небылицин Ю.С.,¹ Павлов А.Г.,² Трубачев А.В.,³
Шумейко И.А.,³ Косинец А.В.⁴*

Клиника УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»²

УЗ «Витебская областная клиническая больница»³

УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»⁴

Актуальность. Проблема лечения пациентов с рецидивом варикозной болезнью (РВБ) до настоящего времени далека от разрешения и чрезвычайно актуальна во флебологии [1-5].

Цель. Проанализировать результаты лечения пациентов с рецидивом варикозной болезни путем применения дифференцированного подхода.

Материал и методы. В исследование было включено 42 пациента (мужчин – 16, женщин – 28), которые находились на лечении в отделениях пластической хирургии и косметологии Клиники УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский», сосудистой хирургии и хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница» 2016-2019 гг. с диагнозом РВБ. Средний возраст пациентов составил $38,4 \pm 11,6$ г. ($M \pm \sigma$). По международной классификации CEAP пациенты распределились следующим образом: С2 выявлена у 16 (38%) пациентов, С3 – у 8 (19%), С4 – у 14 (33%), С5 – у 2 (5%), С6 – у 2 (5%). Длительность заболевания варьировала от 1 года до 18 лет.

Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) методы исследования.

Результаты. При проведении инструментального обследования были выявлены причины РВБ: избыточная культя большой/малой подкожной вены (БПВ/МПВ) (более 5 см с впадением в нее притоков) – 14 (33%), неоваскулогенез в области устья – 6 (14%), удаление только участка БПВ/МПВ – 6 (14%), оставление всего ствола БПВ/МПВ несмотря на анамнез и наличие послеоперационных рубцов – 4 (9,5%), реканализация БПВ/МПВ после эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК)/склеротерапии в течение 2-х лет – 5 (12%), несостоятельные перфорантные вены (Dodd, Hunter, Cockett) – 4 (9,5%), прогрессирование заболевания и остаточный варикоз – 3 (8%).

Причинами, которые привели к РВБ явились: недостаточно полная диагностика патологического процесса в предоперационном периоде, технически выполненное не в полном объеме оперативное вмешательство (оставление ствола БПВ/МПВ на бедре/голене, оставление длинной культи БПВ/МПВ, оставление притоков устья БПВ/МПВ, реканализация ствола БПВ/МПВ после ЭВЛК/склерохирургии, оставление несостоятельных перфорантных вен), прогрессирование заболевания.

Объем вмешательства определялся индивидуально и зависел от выявленных патологических рефлюксов и нарушений гемодинамики.

В нашем исследовании у пациентов были выполнены следующие оперативные вмешательства: повторная обработка устья, стриппинг, минифлебэктомия/локальная флебэктомия, склеротерапия, эндовенозная лазерная коагуляция под контролем УЗИ, перевязка перфорантных вен.

Следует отметить, что выполнение операций по поводу РВБ технически более сложно, поскольку они проводятся в рубцово-измененных тканях и не всегда хирургу известен объем предыдущего вмешательства. Следовательно, для достижения положительного результата выполнение данных вмешательств целесообразно проводить опытным хирургам в условиях специализированных отделений.

Выводы.

1. Рецидивы варикозной болезни в большинстве случаев возникли вследствие ошибок, допущенных в ходе первичных вмешательств.

2. Оперативные вмешательства по поводу рецидива варикозной болезни должны выполняться квалифицированными хирургами после уточнения гемодинамических нарушений.

3. Выбор метода лечения рецидива варикозной болезни должен быть дифференцированным с учетом выявленных патологических рефлюксов и состояния гемодинамики.

Литература:

1. Рецидив варикозной болезни после флебэктомии / О.Н. Садриев [и др.] // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2016. – Т. 24, № 1. – С. 86-90. <https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ2016186-90>

2. Послеоперационные рецидивы варикозной болезни / А.В. Покровский [и др.] // Ангиология и сосуд. хирургия. – 2015. – Т. 21, № 4. – С. 118–126.

3. Ставер, Е.В. Эпидемиология рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей / Е.В. Ставер, М.П. Потапов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 465–468.

4. Оценка результатов флебэктомии без лигирования несостоятельных перфорантных вен при варикозной болезни нижних конечностей / Р.Е. Калинин [и др.] // Вестн. хирургии. – 2017. – Т. 175, № 1. – С. 46–51. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2017-176-1-46-51>

5. Nelor, A.R. Trans-Atlantic debate: Whether venous perforator surgery reduces recurrences / A.R. Nelor, T.L. Forbs // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2014. – Vol.48, N 3. – P. 246–247. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2014.06.046>